

2.1.	Priezvisko / Презиме	Meno / Име	Dátum narodenia / Датум рођења
2.2.	Adresa v príslušnom štáte / Адреса у држави надлежног носиоца ⁽³⁾		
2.3.	Adresa v štáte bydliska-pobytu / Адреса у држави пребивалишта-боравишта ⁽³⁾		

3. Rodinný-í príslušník-ci / Члан-ови породице ⁽⁴⁾

Priezvisko / Презиме

Meno / Име

Dátum narodenia /
Датум рођења

OIČ - ЈМБГ

- 3.1. _____
- 3.2. _____
- 3.3. _____
- 3.4. _____
- 3.5. _____

Adresa v štáte bydliska-pobytu / Адреса у држави пребивалишта-боравишта ⁽⁵⁾

- 3.1. _____
- 3.2. _____
- 3.3. _____
- 3.4. _____
- 3.5. _____

4. Správa/ Извештај ⁽²⁾

Nárok na zdravotnú starostlivosť potvrdený naším tlačivom SK/SRB 109

Право на здравствене услуге потврђено нашим образцем SK/SRB 109

☐ zastavený / мирује ☐ zrušený z nasledovného dôvodu / престаје из следећег разлога

- 4.1. ☐ Osobe uvedenej v bode 2 od _____ skončilo poistenie. /
Осигуранику из тачке 2. од _____ престало је осигурање.
- 4.2. ☐ Rodinnému príslušníkovi uvedenému v bode 3 od _____ skončilo poistenie. /
Члану породице из тачке 3. од _____ престало је осигурање.
- 4.3. ☐ Dôchodok osoby uvedenej v bode 2 je zastavený od _____ zrušený dňa _____
Пензија именованог из тачке 2. мирује од _____ престаје дана _____
- 4.4. ☐ Všetky osoby evidované u Vás sa dňa _____ presťahovali do _____
Сва лица евидентирана код Вас су се дана _____ преселила у _____
- 4.5. ☐ Poberateľ nároku zomrel dňa _____
Корисник права је преминуо дана _____
- 4.6. ☐ Ostatné dôvody / Остали разлози ⁽⁶⁾ _____

5. Príslušná inštitúcia / Надлежни носилац

- 5.1. Názov / Назив _____
- 5.2. Adresa / Адреса ⁽³⁾ _____
- 5.3. Identifikačné číslo inštitúcie / Идентификациони број носиоца _____

Dátum / Датум

Pečiatka / Печат

Podpis / Потпис

ČASŤ B - Potvrdenie o prijatí / ДЕО Б - Потврда пријема

6. Oznámenie / Обавештење ⁽²⁾

- 6.1. Toto tlačivo sme dostali dňa / Овај образац смо примили дана _____
- 6.2. Osoba/-y uvedená/-é v časti A bola /-i vyradená/-i z evidencie odo dňa _____
Лица наведена у делу А нису више евидентирана од дана
- 6.3. Nárok na vecné dávky majú ešte nasledovné osoby / Право на давања у натури имају још следећа лица
- | Priezvisko / Презиме | Meno / Име | Dátum narodenia / Датум рођења | OIČ - ЈМБГ |
|----------------------|------------|--------------------------------|------------|
| 6.4. _____ | _____ | _____ | _____ |
| 6.5. _____ | _____ | _____ | _____ |
| 6.6. _____ | _____ | _____ | _____ |

7. Inštitúcia v mieste bydliska-pobytu / Носилац у према месту пребивалишта-боравишта

- 7.1. Názov / Назив _____
- 7.2. Adresa / Адреса ⁽³⁾ _____
- 7.3. Identifikačné číslo inštitúcie / Идентификациони број носиоца _____
- | Dátum / Датум | Pečiatka / Печат | Podpis / Потпис |
|---------------|------------------|-----------------|
| _____ | _____ | _____ |

POUČENIE / УПУТСТВО

- (1) Príslušná inštitúcia vyplní časť A tlačiva a doručí ho v dvoch vyhotoveniach inštitúcii v mieste bydliska-pobytu, ktorá vyplní časť B tlačiva a ihneď vráti jedno vyhotovenie príslušnej inštitúcii. / Надлежни носилац попуњава део А обрасца и доставља га, у два примерка, носиоцу према месту пребивалишта-боравишта осигураника, који попуњава део Б обрасца и одмах враћа један примерак надлежном носиоцу.
- (2) Zodpovedajúce vyznačiť krížikom. / Одговарајуће означити крстићем.
- (3) PSČ, miesto, ulica, číslo domu. / Поштански број, место, улица, кућни број.
- (4) Uviest' len rodinných príslušníkov, ktorí majú bydlisko na území druhého zmluvného štátu. / Навести само чланове породице који имају пребивалиште у другој држави уговорници.
- (5) Vyplniť len ak je adresa rodinných príslušníkov rozdielna od adresy uvedenej v bode 2. / Попунити само ако се адреса чланова породице разликује од адресе наведене у тачки 2.
- (6) Uviest' iné dôvody skončenia nároku na zdravotnú starostlivosť (napr. v prípade ukončenia vyslania). / Навести друге разлоге за престанак права на здравствене услуге (нпр. завршетак упућивања).